

## 研究論文

# 新人理学療法士におけるリスク管理ガイドラインの活用と理解状況

～日本リハビリテーション医学会診療ガイドラインを用いて～

西 潟 央<sup>1)</sup> 黒 川 和 良<sup>2)</sup> 北 出 一 平<sup>2)</sup>  
蟹本信一郎<sup>2)</sup>

キーワード：リスク管理、診療ガイドライン、新人理学療法士

### 要旨：

新人理学療法士は、幅広い疾患分野と高齢化の中でリスク管理に関して悩む場面が多いと予想される。そこで、日本リハ医学会診療ガイドライン委員会作成のリハビリ中止基準を用いて、その活用と理解状況について、福井県理学療法士会新人教育プログラム参加者にアンケートを行った。理解状況についてはバイタルサイン値や症状をクイズ形式で質問した。91.0%がリハ中止基準を知っていると回答し、その中の50.0%が臨床場面で活用していた。全体的にバイタルサイン値は症状に比べて高い正解率であった。リハ実施前症状では胸痛、座位での症状では冷や汗が一番低い正解率であった。今回の結果から新人理学療法士のほとんどが診療ガイドラインのリハ中止基準を知り、必要なバイタルサイン値は一通り記憶していた。しかし、安静時や座位で観察すべき症状の意味や関連性の面で理解が曖昧な部分が見られ、リハ中止基準にある症状の理解や解釈の必要性が推察された。

### はじめに

リハビリテーション（以下、リハ）医療は広い範囲の疾患分野でかつその年齢層も広い。特に高齢者は運動器疾患であっても内部障害を併存疾患としていることがあり、大腿骨頸部／転子部骨折の術後内科的合併症としては肺炎や心疾患が多いと報告されている<sup>1)</sup>。それゆえに臨床場面では総合的なリスク管理能力が求められる。しかし、臨床経験が浅い新人理学療法士は、リスク管理に関して総合的判断に悩む場面が多いことが予想される。よって、各種の診療ガイドラインなどを活用することは安全な診療を保つために必要なことである。今回、日本リハ医学会診療ガイドライン（以下、診療ガイドライン）委員会作成のリハビリ中止基準<sup>2)</sup>を用いて、その活用及び理解状況を把握する目的でアンケートを行った。

### 対象と方法

対象は、平成25年5月に開催された福井県理学療法士会新人教育プログラムに参加した理学療法士80

名とした。

診療ガイドラインのリハ中止基準の活用状況については、選択肢（知って臨床で活用している・知っているが臨床で活用していない・知らなかった・その他）にて回答してもらった。次にリハ中止基準の中の積極的なリハを実施しない場合から、臨床場面でよく用いられる呼吸・循環器系のフィジカルアセスメントとなる項目を中心に、リハ中止基準のバイタルサイン値や症状をクイズ形式で質問した（表1）。提出された用

表1 質問項目

数値および症状を記載してください  
安静時脈拍（ ）/分以下または（ ）/分以上  
安静時収縮期血圧（ ）mmHg以下または（ ）mmHg以上  
安静時拡張期血圧（ ）mmHg以上  
安静時体温が（ ）℃以上  
安静時酸素飽和度（ ）%以下  
リハ実施前にすでに（ ）・（ ）・（ ）のある場合  
座位で（ ）・（ ）・（ ）などがある場合

文献2)より改変引用

1) 梅田整形外科医院 リハビリテーション科

2) 福井県理学療法士会教育局

紙の結果は項目ごとに正解率を算出した。対象者に対して本研究に対する説明を行い、同意を得た上でアンケートを配布した。アンケートは対象者の不利益にならないよう匿名性とした。

結果

アンケートの有効回答は78名（1年目：73名，2～5年目：5名）で回答率は97.5%であった。診療ガイドラインのリハ中止基準の活用状況については、全体の91.0%が知っていると回答した。その中でも50.0%が臨床場面で活用していると回答した（図1）。バイタルサイン値の正解率は、脈拍が94.9%，安静時収縮期血圧の上限89.7%，下限83.3%，安静時拡張期血圧が79.5%であった。体温と酸素飽和度は96%以上と高い正解率であった。リハ実施前症状では、胸痛が26.9%で一番正解率が低い結果であった。3つの症状（動悸・息切れ・胸痛）全ての正解率は19.2%であった。動悸と息切れ2つまでの正解率は44.9%で、その中の19.2%が不整脈を記載した。不整脈の記載は回答者全体で44.9%であった。座位での症状では、冷や汗が37.2%で一番正解率が低い結果であった。3つの症状（めまい・嘔気・冷や汗）全ての正解率は24.4%で、めまいと嘔気2つまでの正解率は12.8%であった。冷

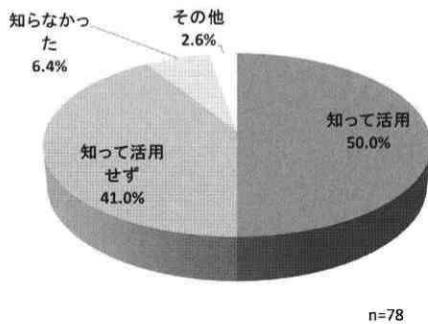


図1 リハビリ中止基準の活用状況

表2 各項目の正解率

●バイタルサイン値	正解率
安静時脈拍	94.9% * 上限・下限とも
安静時収縮期血圧	上限:89.7% 下限:83.3%
安静時拡張期血圧	79.5%
安静時体温	96.2%
安静時酸素飽和度	97.4%
●リハ実施前症状 3つ	
動悸	69.2%
息切れ	73.1%
胸痛	26.9%
●座位での症状 3つ	
めまい	66.7%
嘔気	51.3%
冷や汗	37.2%

や汗ではない誤答された症状では、起立性低血圧、意識障害、顔面蒼白、動悸などが挙げられた（表2）。

考察

回答者の91.0%が診療ガイドラインを知っていた。その中の50.0%が臨床場面で活用していることから、診療ガイドラインの有用性が示唆された。しかし、診療ガイドラインを活用していないと回答した理学療法士が、診療ガイドライン以外の各施設のリハ中止基準や医師からの中止基準指示などを活用しているか否かについては、今回の調査では明確にはできなかった。井上は、術周期において離床基準や手順を用いてリスク管理しながら合併症を予防していると報告している<sup>3)</sup>。よって、ガイドラインを用いた診療や各施設で作成された基準・手順を用いた標準化は、個人レベルのバイアスを軽減させリスク管理や医療安全向上において必要であると考ええる。

今回のアンケート結果において、バイタルサイン値の正解率は79.5～97.4%，リハ実施前症状は26.9～73.1%，そして座位症状は37.2～66.7%であった。特に体温と酸素飽和度は特に高い正解率であった。体温38度以上、酸素飽和度90%以下の状態はなんらかの医学的管理や処置が施されていることが多く病態が把握しやすい指標であると考えられる。

リハ実施前症状は、座位症状よりも正解率の幅が大きく、特にリハ実施前症状の中で胸痛が一番低い正解率であった。回答者の44.9%が動悸・息切れ、2つの症状までわかっているが胸痛症状を記載することができなかった。回答者の半数近くが胸痛症状ではなく、「不整脈」を記載した。臨床場面では脈拍数と脈拍不整の程度および自覚症状を含めて総合的なリハ可否の判断が求められる。安静時の胸痛は緊急性が高い疾患を示唆することがあるため重要な評価である。緊急性が高い疾患には急性冠症候群や大動脈解離、肺塞栓や緊張性気胸などの呼吸器疾患があり慎重な対応が必要とされる<sup>4)</sup>。また、座位症状で示されている「めまい・嘔気・冷や汗」は、起立性低血圧、低血糖、心疾患など様々な疾患の症状として現れることがある。安静時の状態が安定していても、座位負荷により何らかの症状が生じることがある。リハ中止基準に座位症状が示されている事は、座位負荷による症状変化に注意しながら早期離床時などを慎重に進めることを示唆していると考ええる。

アンケート結果全体を通して、新人理学療法士は、診療ガイドラインのリハ中止基準を知り、必要なバイタルサイン値については記憶していた。しかし、安静時や座位で観察すべき症状の正解率や記載した症状を含めて考察すると、各症状の意味やその関連性を解釈する点では、理解の曖昧な部分があることが推察され

た。よって、診療ガイドラインにあるリハ中止基準の各数値を覚える事は必要であるが、リハ中止基準全体の理解や挙げられている病態や症状も含めて内容を解釈しながら、臨床経験を積み重ねてリスク管理を行うことが必要と考える。

今回アンケートで用いたリハ診療ガイドラインは急性期患者や多様な合併症を持つようなハイリスク患者の増加に伴い、医療事故の防止を主な目的とすることで設備・機器点検、リハ中止基準、転倒・転落アセスメントスコア、急変時対応フローなどリハ場面における安全管理を網羅している<sup>5)</sup>。特にリハ中止基準は、積極的なリハを実施しない場合は12項目、途中でリハを中止する場合は7項目、いったんリハを中止し回復を待って再開する場合は4項目、その他注意が必要な場合は6項目で構成されている。合計29項目は呼吸・循環に関するもので占めている(表3)。このことから、臨床場面において、運動器疾患であっても呼吸・循環を主体とした観察、評価および病態変化の予測などが求められていると考える。

新人理学療法士におけるリスク管理教育においては、日本理学療法士協会の新人教育プログラムにリスクマネジメントが必修テーマとされている。しかし、理学療法士の卒後研修としてリスク管理は重要度が高いが院内研修や指導に費やす時間が少ないことが報告されている<sup>6)</sup>。さらに、新人理学療法士のリスクマネジメントに関する不安が個人の能力に帰属する卒前教育の要素と入職直後に取り組む施設内教育システムの要素であることも指摘されている<sup>7)</sup>。このような問題の中で、各種の診療ガイドラインや各施設で作成され

た手順書を用いた教育は、臨床現場に即したものであり、特に診療ガイドラインはその発展性として医学教育における効率化が図れることが言われている<sup>8)</sup>。したがって、診療ガイドラインを用いた指導が、新人理学療法士のリスク管理教育の一助になると考える。

## 引用文献

- 1) 日本整形外科学会 日本骨折治療学会監修：大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改定第2版, 南江堂, 2011, pp180-181.
- 2) 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会編集：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン, 医歯薬出版, 2010, pp2-17.
- 3) 井上順一郎：胸腹部疾患術後の理学療法と安全管理。理学療法, 2013; 30: 1197-1207.
- 4) 亀田メディカルセンターリハビリテーション科・リハビリテーション室編集：リハビリテーションリスク管理ハンドブック改定第2版, メジカルビュー社, 2013, pp128-132.
- 5) 前田真治：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン, リハビリテーション医学, 2007; 44: 384-390.
- 6) 芳野純, 白田滋：医療施設における理学療法士の継続教育の現状。理学療法科学, 2010; 25: 55-60.
- 7) 山野薫, 小寺正人 他：新人理学療法士におけるリスクマネジメントに関する不安要素。理学療法科学, 2011; 26: 467-473.
- 8) 長谷川友紀：診療ガイドラインの評価。臨床整形外科, 2004; 39: 1041-1052.

表3 リハビリ中止基準

積極的なリハを実施しない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安静時脈拍40/分以下または120/分以上</li> <li>・安静時収縮期血圧70mmHg以下または200mmHg以上</li> <li>・安静時拡張期血圧120mmHg以上</li> <li>・労作性狭心症の場合</li> <li>・心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合</li> <li>・心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合</li> <li>・著しい不整脈がある場合</li> <li>・安静時胸痛がある場合</li> <li>・リハ実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合</li> <li>・座位でめまい・冷や汗・嘔気などがある場合</li> <li>・安静時体温が38℃以上</li> <li>・安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下</li> </ul>
途中でリハを中止する場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、強心痛、頭痛、強い疲労感などが出現した場合</li> <li>・脈拍が140/分以上を超えた場合</li> <li>・運動時収縮期血圧が40mmHg以上または拡張期血圧が20mmHg以上上昇した場合</li> <li>・頻呼吸(30回/分以上)、息切れが出現した場合</li> <li>・運動により不整脈が増加した場合</li> <li>・徐脈が出現した場合</li> <li>・意識状態の悪化</li> </ul>
いったんリハを中止し、回復を待って再開	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脈拍数が運動前の30%を超えた場合。ただし、2分間の安静で10%以下に戻らないときは以後のリハを中止するか、または極めて軽労作のものに切り替える</li> <li>・脈拍が120/分以上を超えた場合</li> <li>・1分間10回以上の期外収縮が出現した場合</li> <li>・軽い動悸、息切れが出現した場合</li> </ul>
その他、注意が必要な場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血尿の出現</li> <li>・喀痰量が増加している場合</li> <li>・体重が増加している場合</li> <li>・倦怠感がある場合</li> <li>・食欲不振時・空腹時</li> <li>・下肢の浮腫が増加している場合</li> </ul>

文献2)から改変引用